

Medisch getuigschrift

GROEP Nr. **M025**

Dit document moet door de behandelende geneesheer of door de huisarts ingevuld worden.
Bij een bevalling moet het niet ingevuld worden.

In ieder geval **1** + **2** ² ₃ ingeval van Ziekte + **4** ingeval van Ongeval zo het contract de Invaliditeit dekt

Vertrouwelijk

Dit getuigschrift is bedoeld om de adviserend geneesheer van Fortis AG Insurance Belgium in te lichten over de aard van de medische zorgen die aan de belanghebbende verstrekt worden en over de duur en de graad van de eventuele arbeidsongeschiktheid.

1 Identiteit verzekerde en gegevens ziekenshuisopname

Naam en voornamen van de belanghebbende (in blokletters) _____

Geboortedatum _____

Diagnose en/of symptomen van de aandoening _____

Sedert welke datum verzorgt U de belanghebbende voor dit ongeval of voor deze aandoening ? _____

Zo de belanghebbende in een verpleeginrichting werd opgenomen, in welke inrichting ? (Benaming en adres) _____

Datum van opneming _____ Voorziene duur _____

Heeft de belanghebbende een heelkundige ingreep

ondergaan of zal hij er een ondergaan ?

 Ja Neen

Zo ja, aard van de ingreep (eventueel medische code) _____

Datum (of vermoedelijke datum) _____

Mag de belanghebbende zijn woning verlaten ?

 Ja Neen

2 Ingeval van Ziekte

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen ? _____

Is de huidige ziekte het gevolg van een vroeger opgelopen

gebrekigheid of ziekte ?

 Ja Neen

Zo ja, welke ? _____ Sinds wanneer ? _____

Werd de belanghebbende reeds door een andere geneesheer dan U verzorgd ? – voor de vroegere aandoening ? Ja Neen– voor de huidige ziekte ? Ja Neen

Zo ja, naam en adres _____

3 Ingeval van Ongeval

Datum van het ongeval _____ om _____ uur

Gelieve de letsels in detail te beschrijven (aard, lokalisatie, omvang, enz.)... _____

Hebben de letsels een weerslag op de omliggende organen ? Ja Neen – Zo ja, dewelke ? _____Leed de belanghebbende vóór het ongeval aan een of andere Ja Neen – Zo ja, dewelke ? _____

gebrekigheid of ziekte ?

Wordt de evolutie van de letsels erdoor beïnvloed ? Ja Neen – Zo ja, hoe ? _____

4 Zo het contract de Invaliditeit dekt

Aanvang van de arbeidsongeschiktheid ? (juiste datum) _____

Is de huidige arbeidsongeschiktheid volledig ? Ja Neen – Verwachte duur _____ (vanaf de hierboven vermelde datum)

Zo neen, wat is het percentage ervan ? _____ % – Verwachte duur _____ (vanaf de hierboven vermelde datum)

Welke zal, naar uw mening, de evolutie van de arbeidsongeschiktheid zijn ? _____

Te _____, op _____

Handtekening en stempel van de geneesheer,